STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 68985
21 december 2016

Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2016, kenmerk 159145-CZ houdende vaststelling van beleidsregels voor het subsidiëren van ziekenhuizen en de NVZ voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgaanbieder (Besluit vaststelling beleidskader subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 1.3 van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS;

Besluit:

Artikel 1

De beleidsregels voor het verstrekken van subsidies aan ziekenhuizen en de NVZ voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgaanbieder worden vastgesteld overeenkomstig de bijlage bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2017 en vervalt met ingang van 1 januari 2020.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit vaststelling beleidskader subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional.

Dit besluit zal met de bijlage in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

BIJLAGE BIJ HET BESLUIT VASTSTELLING BELEIDSKADER SUBSIDIËRING VERSNELLINGSPROGRAMMA INFORMATIE-UITWISSELING PATIËNT EN PROFESSIONAL

1. Inleiding

In de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 2 juli 2014 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2013–14, 27 529, nr. 130) is het beleid op het terrein van verbetering van de ICT-infrastructuur bij ziekenhuizen uiteengezet. Doel is dat ziekenhuizen op korte termijn een digitaliseringslag maken om de zorg nog veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat ziekenhuizen vóór 2020 op een gestandaardiseerde en veilige manier informatie digitaal kunnen uitwisselen met de patiënt. Op dit moment zet een beperkt aantal ziekenhuizen al de eerste stappen om informatie digitaal meer te ontsluiten. Duidelijk is ook dat ziekenhuizen dit niet allemaal op dezelfde wijze doen en ook niet dezelfde of geen standaarden gebruiken. Om de zorg echt toekomstbestendig en nog veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken, is het van belang dat alle ziekenhuizen dezelfde informatie ontsluiten en daarbij dezelfde standaarden gebruiken, zodat de informatie onderling, met de patiënt en met andere zorgverleners gedeeld kan worden. Dit draagt eraan bij dat mensen op termijn binnen digitale persoonlijke gezondheidsomgevingen over hun medische gegevens kunnen beschikken en deze veilig kunnen gebruiken. Binnen het samenwerkingsverband MedMij werken partijen in de zorg samen om ervoor te zorgen dat er websites en applicaties beschikbaar komen die voldoen aan de MedMij-standaarden, die waarborgen dat informatie veilig gewisseld en gebruikt kan worden. De uitgangspunten van MedMij zijn daarmee relevant voor de wijze waarop ziekenhuizen de gegevensuitwisseling tussen de patiënt en de zorgverlener nader vormgeven. Deze uitgangspunten staan opgenomen in bijlage 1. Dit draagt tevens bij aan interoperabiliteit en herbruikbaarheid van deze gegevens in medisch onderzoek, waarmee een bijdrage geleverd wordt aan de wens van de Europese Commissie dat gegevens die in onderzoek worden gebruikt FAIR zijn: Findable, Accesible, Interoperable and Re-useable. In de wet Cliëntenrechten bij verwerking van elektronische gegevens[1] is vastgelegd dat een cliënt die om inzage in zijn dossier verzoekt of een afschrift daarvan vraagt, het recht heeft dat dit langs elektronische weg gebeurt. Dit recht impliceert ook de plicht van de zorgaanbieder dat hij dit kan faciliteren. Deze wet verplicht niet hoe de gegevens moeten worden ontsloten. Uitgangspunt van deze wet is dat de verstrekking van gegevens op veilige[2] wijze moet plaatsvinden. De digitale informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional moet, conform het VN gehandicaptenverdrag[3] ook toegankelijk zijn voor mensen met een beperking. Zorgaanbieders dienen uiterlijk drie jaar na inwerkingtreding van de wet Cliëntenrechten bij verwerking van elektronische gegevens aan de verplichtingen veilige en toegankelijke gegevensverstrekking te voldoen. Om dit zo snel mogelijk en gestandaardiseerd te realiseren, stel ik voor de jaren 2017, 2018 en 2019 financiële middelen (€ 74,5 miljoen) beschikbaar. Dit beleidskader bevat een uitwerking van het subsidiebeleid voor de benodigde digitaliseringslag en wenselijk geachte versnelling bij ziekenhuizen.
Er zijn een drietal activiteiten die voor subsidie in aanmerking komen. De hoofdmoot wordt gevormd door een subsidie *aan ziekenhuizen* zodat zij uiterlijk 2020 gestandaardiseerd informatie kunnen uitwisselen met de patiënt (zie hoofdstuk 2). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft in dit kader een programma opgesteld, te weten het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). In de tweede plaats is er een subsidie voor de *activiteiten van koploperziekenhuizen.* Koploperziekenhuizen zijn ziekenhuizen die voorlopen op andere ziekenhuizen in het gedigitaliseerd ontsluiten van gegevens aan patiënten. Koploperziekenhuizen beschikken daarmee over kennis en ervaringen die andere ziekenhuizen missen. Het is gewenst dat deze kennis en ervaringen zo breed mogelijk worden gedeeld. Het doel van deze subsidie is dat de koploperziekenhuizen door middel van samenwerking andere ziekenhuizen zo snel mogelijk kunnen laten leren van hun "geleerde lessen" om te voorkomen dat het wiel telkens opnieuw moet worden uitgevonden en te bevorderen dat positieve effecten en ervaringen zo snel mogelijk kunnen worden gedeeld (zie hoofdstuk 3). Tot slot is er een subsidie aan *de NVZ* voor de begeleiding van ziekenhuizen in het kader van het VIPP-programma (zie hoofdstuk 4). Door de NVZ zal in themabijeenkomsten specifiek aandacht worden besteed aan de toegankelijkheid van de digitale informatie voor mensen met een (visuele) beperking of lage gezondheidsvaardigheden. In hoofdstuk 5, 6 en 7 wordt ingegaan op de juridische kaders waarbinnen deze regeling valt en de gevolgen voor de administratieve lasten.

Subsidiëring op het terrein van VWS geschiedt op basis van de Kaderwet VWS-subsidies. De subsidies worden verstrekt met inachtneming van de voorschriften van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (hierna: Kaderregeling). Daarin zijn de verplichtingen die over en weer gelden

---

[1] Wet van 5 oktober 2016 tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens), Stb. 2016, nr. 373.
[2] Besluit houdende nadere regels over functionele, technische en organisatorische maatregelen bij elektronische gegevensverwerking door en tussen zorgaanbieders (Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders).
[3] Kamerstukken II, 33990 en 33992.

tussen subsidieontvanger en subsidiegever neergelegd. In artikel 1.2 van de Kaderregeling staat dat subsidies worden verstrekt die passen binnen het beleid van de Kaderwet VWS-subsidies. Overeenkomstig artikel 1.3 kunnen die activiteiten en de voorwaarden waaronder subsidieverstrekking plaatsvindt in beleidsregels nader worden bepaald. Onderhavige beleidsregels vormen het kader voor de subsidieverstrekking.
Op de verstrekking van de subsidies is zowel de Kaderregeling als dit Beleidskader van toepassing.

2. Subsidie aan de ziekenhuizen voor de programma's Patiënt en informatie en Patiënt en medicatie

De subsidie is bedoeld voor ziekenhuizen. Ziekenhuizen beschikken over een concentratie van voorzieningen, afdelingen en specialismen voor reguliere patiëntenzorg ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging en voorzien in een integraal aanbod van medisch specialistische zorg. Dit in tegenstelling tot andere instellingen voor medisch specialistische zorg, zoals revalidatie-instellingen, dialysecentra, zelfstandige behandelcentra die zich meer richten op één bepaald specialisme dan wel patiëntendoelgroep. Eveneens uitgezonderd van deze subsidieregeling zijn academische ziekenhuizen/universitair medische centra die op andere wijze worden bekostigd dan de andere instellingen voor medisch specialistische zorg.
In een complexe setting als ziekenhuizen vergt het een behoorlijke inspanning om medische informatie en medicatiegegevens op een veilige manier en gestandaardiseerd te ontsluiten. Om deze inspanning te kunnen realiseren, moeten ziekenhuizen diverse activiteiten uitvoeren. De ziekenhuizen kunnen een subsidie aanvragen voor de uitvoering van de activiteiten in het VIPP-programma. Dit programma bevat twee hoofdonderdelen: het Programma patiënt en informatie en het Programma patiënt en medicatie. Het VIPP-programma heeft tot doel (of leidt er toe) dat een patiënt toegang krijgt tot zijn eigen (digitale) medische informatie en daarmee tot gebruik van de mogelijkheden van app's en internet voor de zorg voor zichzelf. Hij heeft dan inzicht in zijn eigen gezondheid door zelfmeetgegevens én de gegevens uit de medische dossiers van de professional. Doordat deze basisgegevens dan onderling in verbinding staan en gebruik maken van dezelfde standaarden, heeft de patiënt (en behandelaren die hij de toestemming geeft deze informatie in te zien) een goed overzicht van zijn eigen gezondheidstoestand. Dit sluit aan bij mijn beleid om de patiënt echt meer regie te geven.
De genoemde twee hoofdonderdelen bevatten vervolgens verschillende modules.
Ziekenhuizen kunnen kiezen voor welke onderdelen van het VIPP-programma en voor welke modules daarvan zij subsidie willen aanvragen.

A. Programma patiënt en informatie

Het Programma patiënt en informatie bevat de volgende drie modules:

module A1: activiteiten die ertoe leiden dat het ziekenhuis uiterlijk per 1 juli 2018 minimaal een download van de volgende medische gegevens aan de patiënt aanbiedt:
– de elementen van de Basis Gegevensset Zorg (hierna: BGZ) (zie bijlage 2),
– specialistenbrieven,
– ontslagbrieven,
– laboratoriumuitslagen,
– radiologieverslagen, en
– het gebruikte type implantaat van een pacemaker, heup- of knieprothese, borstimplantaat of bekkenbodemmatje.

Onder download wordt verstaan het digitaal, in een formaat leesbaar op een computer (bijvoorbeeld PDF), verstrekken van informatie. De wijze waarop de digitale verstrekking plaatsvindt, wordt niet voorgeschreven. Het ziekenhuis moet ook een proces hebben ingericht voor de digitale aanlevering van de medische gegevensset aan de patiënt. Het aanbieden aan de patiënt houdt in dat het ziekenhuis deze informatie, uiterlijk binnen drie werkdagen nadat de patiënt hierom heeft verzocht, verstrekt.

Of een ziekenhuis module A1 heeft gerealiseerd, wordt beoordeeld op basis van de criteria zoals beschreven in het Handboek VIPP toetsingsprocedure voor de onafhankelijke toetsing door een EDP/IT auditor (zie onderdeel H).

module A2: activiteiten die ertoe leiden dat het ziekenhuis uiterlijk 31 december 2019 beschikt over een beveiligd patiëntenportaal waarin de patiënt zijn gegevens kan raadplegen en in een gestructureerd formaat kan downloaden of een link naar een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) waarin het ziekenhuis gestandaardiseerd medische gegevens voor de patiënt kan uploaden, die de patiënt desgewenst kan doorzetten naar een andere zorgverlener. Dit patiëntenportaal of de informatie die naar een PGO wordt geüpload, bevat in elk geval de volgende elementen, dan wel voldoet aan de volgende voorwaarden:
– de gestandaardiseerde levering van de BGZ,
– inzage in de correspondentie over de patiënt naar andere hulpverleners in de keten. Deze

correspondentie kan bestaan uit specialistenbrieven, voortgangsbrieven en ontslagbrieven,
- het gebruikte type implantaat indien sprake is van een pacemaker, een heup- of knieprothese, borstimplantaat of bekkenbodemmatje,
- tenminste 10% van alle patiënten logt daadwerkelijk in het patiëntenportaal of via de link naar een PGO in.

Met de implementatie van module A2 door het ziekenhuis wordt bereikt dat een patiënt via een patiëntenportaal of een link, digitaal de beschikking krijgt over zijn medische gegevens zodat hij deze eenvoudig kan gebruiken in zijn contacten met andere zorgverleners of ten behoeve van een goed overzicht van zijn eigen gezondheidssituatie. Om te zorgen dat de patiënt de benodigde gegevens ontvangt en kan gebruiken, wordt voorgeschreven welke gegevens het ziekenhuis moet verstrekken. Het gaat daarbij om gegevens die het ziekenhuis in het kader van het zorgproces heeft vastgelegd in het Elektronisch Patiënten Dossier (hierna: EPD). Ook moet de BGZ gestandaardiseerd worden verstrekt zodat de gegevens voor de patiënt en via de patiënt voor andere hulpverleners ook bruikbaar zijn. Verder dient het ziekenhuis de genoemde gegevens binnen zeven werkdagen nadat deze informatie beschikbaar is, aan de patiënt beschikbaar te stellen in het patiëntenportaal of via de link. De termijn van zeven werkdagen is een uiterste termijn. Daar waar het kan, is het streven om deze informatie realtime te verstrekken.

Een gestructureerde en uploadbare download van de medische gegevens betekent dat de patiënt de gestandaardiseerde medische gegevens in gestructureerde vorm kan downloaden. Doordat dit bestand gestandaardiseerd en gestructureerd is, kan het hergebruikt worden voor bijvoorbeeld een upload naar een PGO of naar een andere zorgverlener, waarbij er geen betekenis van de gegevens verloren gaat en gegevens niet hoeven te worden overgetypt. Bij het percentage van 10% patiënten gaat het om alle patiënten die in een periode van 30 dagen voorafgaand aan het aanvragen van de onafhankelijke toetsing (zie onderdeel H) contact hebben gehad met het ziekenhuis. Het gaat daarbij om contacten die in het kader van de zorg voor patiënten tussen zorgverlener en patiënt plaatsvinden en die als DBC activiteit worden vastgelegd. De voorwaarde dat ten minste 10% van alle patiënten daadwerkelijk inlogt, is gebaseerd op de verwachting dat niet alle patiënten evenveel belang hebben bij het digitaal beschikken over de betreffende medische gegevens. Patiënten die slechts eenmaal in het ziekenhuis naar een medisch specialist gaan en verder geen behandeling behoeven, zullen veelal weinig belang hebben bij het gebruiken van deze informatie. Patiënten die langdurig onder behandeling staan zullen een hogere informatiebehoefte hebben. Aangezien hier voor één percentage is gekozen voor alle typen patiënten, klinisch en poliklinisch, die daadwerkelijk inloggen is het een relatief laag percentage. Dit relatief lage percentage hangt ook samen met de cultuuromslag die nodig is, zodat de patiënten zelf daadwerkelijk gebruik maken van deze gegevens in hun zorgproces. Uit eerdere ervaringen met portalen blijkt verder dat 10% zeker geen percentage is dat eenvoudig kan worden bereikt.

Of het ziekenhuis voornoemd resultaat heeft behaald, wordt beoordeeld basis van de criteria zoals beschreven in het Handboek VIPP toetsingsprocedure voor de onafhankelijke toetsing door een EDP/IT auditor (zie onderdeel H).

module A3: activiteiten die ertoe leiden dat het ziekenhuis uiterlijk 31 december 2019 tenminste drie van de vijf volgende subdoelstellingen bereikt:
1. het patiëntenportaal van het ziekenhuis beschikt over een functionaliteit om output van medische e-health interventies toe te voegen. Output betreft de informatie van de patiënt in een bepaalde app. Te denken valt aan zelfmetingen voor glucose, hartfalen of diabetes dagboeken). Minimaal één medische interventie is daadwerkelijk toegevoegd en wordt bij tenminste 5% van de doelgroep gebruikt.
2. tenminste 25% van de patiënten gebruikt het patiëntenportaal of de link naar een PGO. Dit wordt gemeten over een periode van 30 dagen voorafgaand aan het aanvragen van de toetsing (onderdeel H).
3. het ziekenhuis heeft de Medmij standaard op een zodanig wijze geïmplementeerd dat het voor patiënt mogelijk is om de medische gegevens volgens de standaard over te zetten naar het PGO van de patiënt.
4. het patiëntenportaal of de link naar een PGO bevat een overzicht van de zorgprofessionals die in de afgelopen 180 dagen het EPD van de patiënt hebben geraadpleegd.
5. het patiëntenportaal of de link naar een PGO bevat een overzicht van de bij het ziekenhuis bekende medicatie van de patiënt en de patiënt kan via het portaal of het PGO een verzoek tot aanpassing of aanvulling daarvan doen.

De ziekenhuizen die module A3 aanvragen, hebben in de regel module A1 al bereikt bij de publicatie van deze regeling. Met de subdoelstellingen van module A3 zet het ziekenhuis verdere stappen zodat de bij module A2 ontwikkelde functionaliteit breder kan worden toegepast en er meer gebruik kan worden gemaakt van de mogelijkheden van ICT om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De bredere toepasbaarheid van de functionaliteit kan eruit bestaan dat de patiënt digitaal informatie kan geven

aan het ziekenhuis dat de betreffende informatie inzet voor zorg aan deze patiënt of dat de patiënt de digitale informatie gebruikt voor aanpassing van de beschikbare informatie in het dossier (subdoelstellingen 1, 3 en 5). Die bredere toepasbaarheid kan ook worden bereikt door een verhoging van het percentage patiënten dat gebruik maakt van het patiëntenportaal of de link naar een PGO (subdoelstelling 2). Het gaat bij dit gebruik zowel om de klinische als de poliklinische patiënten. Omdat bij chronische patiënten het gebruik hoger zal liggen dan bij patiënten die een enkele keer op de poli komen, is gekozen voor een percentage van tenminste 25%. Bredere toepasbaarheid kan tot slot worden bereikt door de patiënt inzicht te geven welke behandelaren zijn EPD hebben geraadpleegd (subdoelstelling 4). Het verstrekken van een overzicht volstaat om deze subdoelstelling te halen. Er hoeft niet te worden aangetoond dat patiënten dit overzicht daadwerkelijk gebruiken. Door tenminste drie van deze subdoelstellingen te behalen, is gewaarborgd dat ziekenhuizen een substantiële stap zetten in de doorontwikkeling van de functionaliteit.

Of een ziekenhuis voldoet aan voornoemde subsidievoorwaarden voor module A3, wordt beoordeeld op basis van de criteria zoals beschreven in het Handboek VIPP toetsingsprocedure voor de onafhankelijke toetsing door een EDP/IT auditor (zie onderdeel H).

B. Programma patiënt en medicatie.

Dit programma bevat de volgende twee modules:

module B1: activiteiten die ertoe leiden dat het ziekenhuis uiterlijk per 1 juli 2018 een actueel overzicht van medicatie biedt als onderdeel van het medicatieproces in klinische en poliklinische setting. Dit betreft verstrekkingsinformatie van de openbare apotheek die geïntegreerd in het EPD/ EVS (Elektronisch Voorschrijf Systeem) opgenomen kan worden in poliklinische en klinische setting. Voorwaarde voor de subsidie is dat dit actueel overzicht van medicatie voor de genoemde datum daadwerkelijk wordt gebruikt. Dit is het geval als bij 70% van de klinische en 25% van de poliklinische patiënten de zorgverlener de verstrekkingsinformatie of het complete actueel overzicht van medicatie heeft geraadpleegd, over een periode van dertig dagen voorafgaand aan de aanvraag van de toetsing (onderdeel H). Of het ziekenhuis voornoemd resultaat heeft behaald, wordt beoordeeld op basis van het normenkader voor de onafhankelijke toetsing (zie onderdeel H).
Met module B1 wordt beoogd om het risico van niet beschikbare, onvolledige of gedateerde medicatie-informatie te voorkomen. Nu wordt door het ziekenhuis aan de patiënt zelf gevraagd om bij de openbare apotheek een actueel medicatieoverzicht op te vragen en mee te nemen naar het ziekenhuis. Vervolgens verifieert het ziekenhuis met de patiënt of het actueel overzicht van medicatie overeenkomt met de medicatieafspraken tussen arts en patiënt en het daadwerkelijk gebruik door de patiënt. Door deze medicatie-informatie digitaal beschikbaar te hebben, wordt het risico op onvolledige of gedateerde informatie verlaagd en vervalt de verplichting voor de patiënt om een recent actueel overzicht van medicatie bij de eigen openbare apotheek op te halen.

module B2: activiteiten die ertoe leiden dat het ziekenhuis uiterlijk 31 december 2019:
– voorgeschreven medicatie digitaal aanbiedt als vooraankondiging (van het officiële recept omdat het voorschrift geen elektronische handtekening van de voorschrijvend arts bevat) en/of (elektronisch) recept, zodat ook de openbare apotheek hierover kan beschikken. Uitgangspunt blijft dat de patiënt zelf de regie houdt over zijn eigen medische gegevens. Het gestandaardiseerde bericht (volgens de standaard medicatieproces v6.12.2 of nieuwer) voor het versturen van een vooraankondiging en/of recept voldoet aan de voorwaarde dat dit geïmplementeerd is in het EPD en dat minimaal 30% van de recepten elektronisch verstuurd wordt;
– een gestandaardiseerd actueel medicatieoverzicht volgens de geldende medicatierichtlijn aan de patiënt verstrekt bij ontslag voor alle klinische patiënten. De standaard (medicatieproces v9.01 of nieuwer) voor het vastleggen van de medicatieafspraak (afspraak tussen patiënt en arts over het medicatiegebruik) is geïmplementeerd in het EPD/ EVS. 80% van deze medicatieafspraken bij ontslag is in het EPD/EVS van de instelling vastgelegd volgens de geldende standaarden. Of het percentage is bereikt, wordt beoordeeld over een periode van 30 dagen voorafgaand aan het aanvragen van de toetsing (onderdeel H).

Of het ziekenhuis voornoemde resultaten heeft behaald, wordt beoordeeld op basis van de criteria zoals beschreven in het Handboek VIPP toetsingsprocedure voor de onafhankelijke toetsing door een EDP/IT auditor (zie onderdeel H).

C. Versnellingsoptie

Binnen het Programma patiënt en informatie (sub A) kan een ziekenhuis ervoor kiezen om module A1 en module A2 in één keer te realiseren vóór 1 januari 2019. Een ziekenhuis hoeft in dat geval slechts één toetsing (onderdeel H) te laten uitvoeren voor de beide stappen in plaats van twee voor elke stap afzonderlijk. De toetsing voor beide stappen zal uiterlijk 31 december 2018 worden aangevraagd, waardoor de tussentijdse toetsing voor module A1 (aanvragen voor 1 juli 2018) overbodig wordt.

Binnen het Programma patiënt en informatie (sub A) kan een ziekenhuis er ook voor kiezen om module A2 en module A3 in één keer te realiseren vóór 1 juli 2019. Een ziekenhuis hoeft in dat geval slechts één toetsing (onderdeel H) te laten uitvoeren voor de beide stappen in plaats van twee voor elke stap afzonderlijk. De toetsing voor beide stappen zal uiterlijk 30 juni 2019 worden aangevraagd, waardoor de tussentijdse toetsing voor module A2 overbodig wordt.
Binnen het Programma patiënt en medicatie (sub B) kan een ziekenhuis ervoor kiezen om module B1 en module B2 in één keer te realiseren vóór 1 april 2019. Een ziekenhuis hoeft in dat geval slechts één toetsing (onderdeel H) te laten uitvoeren voor de beide stappen in plaats van twee voor elke stap afzonderlijk. De toetsing voor beide stappen zal uiterlijk 31 maart 2019 worden aangevraagd, waardoor de tussentijdse toetsing voor module B1 (aanvragen voor 1 juli 2018) overbodig wordt.

D. Aanvragen van een subsidie

Een ziekenhuis kan maximaal voor twee modules van het Programma patiënt en informatie subsidie ontvangen. Voor welke twee modules een ziekenhuis subsidie kan aanvragen, wordt in beginsel bepaald aan de hand van een vooraf door de NVZ uitgevoerde nulmeting. In deze nulmeting, die via de NVZ aan ziekenhuizen ter beschikking wordt gesteld, wordt vastgesteld wat de huidige staat van gegevensontsluiting van een ziekenhuis is. Dit wordt door VWS geverifieerd met onafhankelijk onderzoek van het eHealth expertisecentrum Nictiz over patiëntenportalen[4]. In het geval dat uit de nulmeting van de NVZ zou blijken dat een bepaald ziekenhuis, in afwijking van de uitkomsten van eerdergenoemd Nictiz onderzoek, module A1 niet heeft behaald, zal VWS toetsen of hiervoor een sluitende verklaring is. Dit is het geval indien een ziekenhuis via het patiëntenportaal nog niet de medische gegevens verstrekt als omschreven in module A1. Indien een ziekenhuis de eerste module al ten tijde van de nulmeting voltooid heeft, kan dit ziekenhuis subsidie aanvragen voor de modules A2 of A2 en A3. Indien een ziekenhuis module A1 ten tijde van de nulmeting nog niet behaald heeft, kan dit ziekenhuis subsidie aanvragen voor modules A1 en A2. Aangezien het aanvragen van subsidie voor module A1 uit het Programma patiënt en informatie afhankelijk is van de nulmeting, kan subsidie voor deze module enkel aangevraagd worden indien het ziekenhuis deel heeft genomen aan de nulmeting. Module A1 is gehaald indien het ziekenhuis reeds beschikt over een patiëntenportaal met de inhoud zoals omschreven bij 2A module A1 of deze al via een download aan de patiënt aanbiedt. In het geval een ziekenhuis module A1 niet heeft gehaald, kan dat ziekenhuis er zelf voor kiezen de subsidie voor module A1 niet aan te vragen, maar direct een subsidie voor modules A2 en A3 aan te vragen en op die manier een inhaalslag te realiseren.

E. Subsidievoorwaarden

Oogmerk van dit subsidiebeleidskader is om een *versnelling* teweeg te brengen. Ziekenhuizen komen daarom *uitsluitend* in aanmerking indien het bij de betreffende module beschreven resultaat ook daadwerkelijk is behaald voor de bij die modules genoemde data en worden gehaald overeenkomstig aan de daarbij gestelde eisen ten aanzien van het gebruik door patiënten en hulpverleners. Oogmerk van dit subsidiekader is ook *standaardisatie.* De eisen ten aanzien van standaardisatie moeten zijn opgevolgd om interoperabiliteit tussen verschillende platformen voor de toekomst te waarborgen. Op die manier wordt geborgd dat ziekenhuizen op een gestandaardiseerde en veilige manier informatie digitaal kunnen uitwisselen met hun patiënten.

Standaarden zijn uiteraard niet statisch maar ontwikkelen zich in de loop der tijd. In dit beleidskader wordt noodzakelijkerwijs uitgegaan van de huidige informatiestandaarden. Dat laat onverlet dat het gewenst is dat ziekenhuizen, bij de voortgaande ontwikkeling van standaarden, desgewenst kunnen aansluiten bij de nieuwe versies van de standaarden, zoals die nu worden ontwikkeld in het kader van het MedMij programma in het Informatieberaad. Het streven is dat in maart 2017 in het Informatieberaad deze standaarden worden vastgesteld. Door ziekenhuizen bij de modules A2 en A3 van het Programma patiënt en informatie de optie te bieden om, in plaats van de informatiestandaarden zoals uitgeschreven in dit beleidskader, te voldoen aan nieuwere versies van informatiestandaarden, mits deze standaarden zijn vastgesteld in het Informatieberaad en zijn gepubliceerd, wordt de implementatie van de landelijk gekozen standaarden gestimuleerd.

De standaardisatie-eisen in dit beleidskader zijn als volgt.

Veiligheidsstandaard:
Elektronische uitwisseling van medische gegevens is een privacygevoelige zaak. Het is van belang dat de gegevens enkel ontsloten worden aan hiertoe bevoegde personen. Het is om deze reden van belang betrouwbare patiëntauthenticatie te gebruiken. In de brief aan de Tweede Kamer van de

---

[4] Patiëntenportalen: hoe staat de markt ervoor? Een overzicht van producten die online inzage bieden in medische gegevens, eHealth expertisecentrum Nictiz (2016)

Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 25 augustus 2016 over Impuls eID wordt gerapporteerd over de voortgang van het eID beleid. Eén van de benoemde actiepunten is het in het BSN domein op termijn toegroeien naar patiëntauthenticatie op het hoogste betrouwbaarheidsniveau zodra deze middelen breed beschikbaar komen. Ook wordt gewerkt aan een multimiddelenaanpak, waarmee authenticatiemiddelen niet enkel door de overheid (DigiD) aangeboden worden (Kamerstukken II 2015-16, 26 643, nr. 419). In lijn met deze ontwikkeling dienen ziekenhuizen – vanaf het moment dat deze middelen op redelijke schaal beschikbaar komen – authenticatie van de patiënt voor het verkrijgen van toegang tot medische informatie als bedoeld in module A1, mogelijk te maken op het betrouwbaarheidsniveau van eIDAS Substantieel. Voor de modules A2 en A3 geldt dat authenticatie mogelijk moet zijn op het hoogst beschikbare betrouwbaarheidsniveau.

Vanaf 1 juli 2017 treedt het Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders in werking. Uiteraard dienen ziekenhuizen te voldoen aan dit besluit. In het kader van deze subsidieregeling zal niet apart worden getoetst of aan de vereisten uit dit besluit is voldaan. Dit geldt ook voor de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Uiteraard zijn ziekenhuizen gebonden aan de Wbp, maar in het kader van deze subsidieregeling wordt hierop niet apart getoetst.

Informatiestandaarden:
Doel van deze regeling is om (digitale) informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional te stimuleren. Dit is gewenst zodat patiënten regie over eigen gegevens krijgt. Hierbij is het van belang dat de patiënt zijn gegevens in gestandaardiseerde vorm aangeleverd krijgt, zodat de gegevens herbruikbaar zijn bij andere zorgverleners of patiëntomgevingen. Wanneer de gegevens interoperabel zijn, hoeft de patiënt niet langer dezelfde gegevens en metingen bij verschillende zorgverleners te laten doen. De interoperabiliteit van de medische gegevens wordt in deze regeling geborgd door het gebruik van informatiestandaarden. Deze informatiestandaarden schrijven voor in welke vorm en met welke terminologie de instellingen de gegevens naar de patiënt dient te ontsluiten. Module A2 van het Programma patiënt en informatie heeft als voorwaarde de gestandaardiseerde levering van de BGZ. In deze module dient de informatie uit de BGZ conform de bijhorende ZorgInformatie Bouwstenen (ZIB's) ontsloten te worden aan de patiënt. De standaardisatie dient te gebeuren volgens Basisgegevensset Zorg v1.0 of nieuwer.
In subdoelstelling 5 van module A3 van het Programma patiënt en informatie en de modules B1 en B2 van het Programma patiënt en medicatie wordt verwezen naar het leveren van een actueel overzicht van medicatie. Dit actueel overzicht van medicatie wordt geleverd volgens de standaard medicatieproces v6.12.2 of nieuwer. Het tweede onderdeel van module B2 van het Programma patiënt en medicatie; *"een gestandaardiseerd actueel overzicht van medicatie… volgens de geldende standaarden",* dient volgens de standaard medicatieproces v9.01 of nieuwer te gebeuren. Een omschrijving van en link naar alle genoemde programma's standaarden is te vinden in bijlage 1.

F. Hoogte van de subsidie

Per module gelden vaste subsidiebedragen. Deze subsidiebedragen zijn op de volgende wijze tot stand gekomen. De NVZ heeft bij een aantal ziekenhuizen een kostenraming opgevraagd. D&A Medical Group BV heeft op basis van deze kostenramingen onderzocht hoe deze bedragen zich verhouden tot de werkelijk te maken kosten voor het behalen van de modules. De vaste subsidiebedragen in deze subsidiestroom zijn ten opzichte van de berekende bedragen in het onderzoek dusdanig laag vastgesteld dat overcompensatie niet kan optreden. Bij het bepalen van de subsidiebedragen voor de modules van het Programma patiënt en informatie is er verder voor gekozen de bedragen dusdanig vast te stellen dat ziekenhuizen die reeds module A1 hebben bereikt, maximaal eenzelfde subsidiebedrag kunnen ontvangen bij het aanvragen van de modules A2 en A3, als ziekenhuizen die module A1 nog niet hebben bereikt, bij het aanvragen van de modules A1 en A2. Op die manier wordt geborgd dat ziekenhuizen op vergelijkbare wijze financieel worden gestimuleerd.

De subsidiebedragen voor het Programma patiënt en informatie zijn:
Module A1: € 210.000
Module A2: € 390.000
Module A3: € 210.000

De subsidiebedragen voor het Programma patiënt en medicatie zijn:
Module B1: € 105.000
Module B2: € 245.000

G. Hoe wordt subsidie aangevraagd?

Voor het aanvragen van subsidie door de ziekenhuizen voor de programma's patiënt en informatie en patiënt en medicatie is een aanvraagformulier beschikbaar. Op het formulier wordt de volgende informatie gevraagd:

- Voor welke modules wil het ziekenhuis subsidie aanvragen?
  - o Module(s) **A1**, **A2**, **A1 en A2** of **A2 en A3**van het Programma patiënt en informatie (afhankelijk nulmeting, zie onderdeel 2D).
  - o Module(s) **B1**of **B1 en B2** of **B2** van het Programma patiënt en medicatie.
- Indien voor module A1 van het Programma patiënt en informatie subsidie wordt aangevraagd: verklaring van het ziekenhuis dat het op basis van de door de NVZ gepubliceerde nulmeting in aanmerking komt voor deze module.
- Welk lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis is verantwoordelijk voor het programma?
- Wil het ziekenhuis een voucher ontvangen voor de subsidie voor de koplopers (zie hoofdstuk 3)?
- Gegevens van het ziekenhuis.

Indien het ziekenhuis in aanmerking wil komen voor de subsidie dient het aanvraagformulier tussen 1 januari en 1 april 2017 gestuurd te worden aan Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). De activiteiten van de subsidie mogen aanvangen op de dag van ontvangst van het aanvraagformulier, maar het komt voor risico van de aanvrager dat hij geen vergoeding krijgt als de aanvraag wordt afgewezen. De subsidie wordt vastgesteld binnen 22 weken na ontvangst van de gevraagde verantwoordingsinformatie. De vaststelling vindt plaats in een afzonderlijke beschikking.

H. Hoe wordt getoetst of het resultaat is bereikt?

Indien blijkt dat de gewenste resultaten op genoemde data niet behaald zijn en daarom niet aan deze subsidievoorwaarde is voldaan, vervalt het recht op de subsidie en wordt deze op nihil vastgesteld. Of het resultaat is behaald, wordt getoetst aan de hand van een onafhankelijke toetsing. Getoetst wordt of de uitgevoerde activiteiten inderdaad geleid hebben tot het behalen van het functionele doel; werkende gegevensontsluiting naar de patiënt, gebruik van de gegevensontsluiting door patiënten en interoperabiliteit tussen verschillende zorgaanbieders. Voor het uitvoeren van de toetsing is het Handboek VIPP toetsingsprocedure opgesteld (zie www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/subsidies-vws). In dit handboek wordt concreet, gedetailleerd en per module beschreven hoe de auditor moet toetsen of een resultaat voldoende is behaald. Dit handboek is afgestemd met NOREA. Indien de toetsing op basis van de criteria in dit handboek positief is, is voldaan aan de betreffende subsidievoorwaarde. De toetsing is daarmee doorslaggevend voor het oordeel of het ziekenhuis het resultaat van een module uit de programma's patiënt en informatie respectievelijk de patiënt en medicatie heeft gehaald dan wel dat de subsidie op nihil moet worden vastgesteld. De toetsing wordt uitgevoerd door een onafhankelijke IT-auditor. Deze IT-auditor dient ingeschreven te staan in het register van gekwalificeerde IT-auditors (het Register EDP-Auditor, dat beheerd wordt door NOREA).

3. Subsidie voor de koplopers

Waarvoor is de subsidie bedoeld?

De subsidie is bedoeld om te zorgen dat de lessons learned van ziekenhuizen die bepaalde stappen al gezet hebben, de zogeheten koplopers, zo snel mogelijk gedeeld kunnen worden met ziekenhuizen die deze stappen nog aan het zetten zijn. Koplopers zijn ziekenhuizen die in een volgende module zitten, bijvoorbeeld module A2, ten opzichte van de andere ziekenhuizen, die bijvoorbeeld in module A1 zitten. Voorkomen moet worden dat ieder ziekenhuis zelf opnieuw het wiel gaat uitvinden of fouten maakt die voorkomen hadden kunnen worden indien de informatie en ervaringen van koplopers tijdig waren gedeeld. Bovendien kunnen de koplopers door het laten zien van positieve effecten en ervaringen de implementatie van de noodzakelijke ICT-veranderingen stimuleren en versnellen. De volgende activiteiten komen voor subsidie in aanmerking:
– activiteiten ter bevordering van samenwerking tussen ziekenhuizen om de aanwezige kennis over de programma's patiënt en informatie en de patiënt en medicatie bij koplopers te delen met andere ziekenhuizen zodat niet elk ziekenhuis het wiel uit hoeft te vinden.
– activiteiten ter bevordering van een cultuuromslag zodat medische professionals de digitalisering van gegevens zoals bedoeld in de programma's patiënt en informatie en de patiënt en medicatie omarmen.

We kiezen voor een vouchersystematiek om op een eenvoudige wijze koploperziekenhuizen en andere ziekenhuizen aan elkaar te verbinden. Door de samenwerking tussen koplopers en andere ziekenhuizen te faciliteren, wordt reeds opgedane kennis en ervaring breed gedeeld.
Alle ziekenhuizen, die in aanmerking komen voor een subsidie aan de ziekenhuizen voor de programma's Patiënt en informatie en Patiënt en medicatie, krijgen door middel van een *voucher* een stem in de keuze voor een koploperziekenhuis of activiteit. Wie koplopers zijn, volgt uit de nulmeting van de NVZ. Met een voucher wordt een modelverklaring bedoeld. De voucher houdt in dat een vouchergever de projectsubsidieaanvraag van de subsidieaanvrager steunt. Een voucher is geen waardebon noch een zelfstandig recht op subsidieverstrekking. Een ziekenhuis dat over een voucher beschikt, kan die voucher zelf niet te gelde maken. Noodzakelijk is dat een subsidieaanvrager tenminste vier vouchers

moet overleggen om in aanmerking te komen voor de koplopersubsidie; één van de vouchers kan van de subsidieaanvrager zelf zijn. De subsidie wordt alleen verstrekt aan de aanvrager; degene die de aanvrager met een voucher ondersteunt, krijgt zelf geen subsidie. Het minimumaantal is vier vouchers. Er is om meerdere redenen gekozen voor het minimum van vier. Ten eerste betreft vier een overzichtelijk aantal. Het minimum van vier stimuleert ziekenhuizen om voldoende kennis te delen. Belangrijk is daarbij is dat grote en kleine ziekenhuizen in het vouchersysteem evenveel inbreng hebben. Bij een groter aantal dan vier zouden de lasten voor ziekenhuizen om onderling afspraken te maken navenant groter worden. Ook zou een koploperziekenhuis veel partijen aan zich moeten binden met eenzelfde leer-, kennis-, of ontwikkelbehoefte. Dat levert een te groot risico op dat er geen gebruik wordt gemaakt van deze mogelijkheid van kennisdeling. Bij een kleiner aantal dan vier ziekenhuizen is het delen van ervaringen en kennis niet echt efficiënt vorm te geven. Daarnaast stelt de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS als hoofdregel dat geen subsidies van minder dan € 125.000 verstrekt worden, omdat vanwege het landelijk belang, de effectiviteit en de efficiency van kleine subsidies in het algemeen beperkt wordt geacht, ten opzichte van de beheerslast bij VWS.

Wat is de rol van de vouchergever voorafgaand aan het indienen van een aanvraag?

Vouchergevers oriënteren zich op andere vouchergevers en mogelijke uitvoerders, de zogenaamde koploperziekenhuizen. Vouchergevers verenigen zich op grond van een vrije keuze. Het is niet toegestaan om in ruil voor een voucher een vergoeding te vragen of te ontvangen. Het motief om zich met andere vouchergevers in te zetten voor één subsidieaanvraag van een koploperziekenhuis is dat een vouchergever gelijkgestemde partijen en een koploperziekenhuis vindt met een gedeeld ambitieniveau voor de noodzakelijke implementatieactiviteiten van de lessons learned. Dit draagt bij aan de doeltreffendheid van het subsidiebeleid. Het minimumaantal is vier vouchers. Er is om meerdere redenen gekozen voor het minimum van vier. Ten eerste betreft vier een overzichtelijk aantal. Het minimum van vier stimuleert ziekenhuizen om voldoende kennis te delen. Belangrijk is daarbij is dat grote en kleine ziekenhuizen in het vouchersysteem evenveel inbreng hebben.

Wie kan een aanvraag indienen?

De aanvraag wordt ingediend door één subsidieaanvrager, het koploperziekenhuis. Dit kan één van de vier vouchergevers zijn, maar dat hoeft niet. Alleen de subsidieontvanger, het koploperziekenhuis, is gehouden aan de subsidieverplichtingen. Betaling van geleverde diensten die ten behoeve van de kennisdeling worden gemaakt door andere organisaties dan de aanvrager kunnen uiteraard wel worden gefinancierd uit de subsidie mits de geleverde diensten duidelijk kunnen worden toegelicht.

Inhoudelijke criteria

Er kan een subsidieaanvraag worden ingediend wanneer tenminste vier vouchergevers de aanvraag steunen. Een subsidieaanvrager mag daarbij zijn eigen voucher meetellen. Het is niet verplicht dat een subsidieaanvrager over een eigen voucher beschikt. Het ter beschikking stellen van een voucher door een vouchergever aan een subsidieaanvrager geschiedt om niet. Onkosten die ten behoeve van de activiteiten waarvoor subsidie wordt verleend, worden gemaakt door andere ziekenhuizen dan de projectaanvrager kunnen wel gefinancierd worden uit de subsidie, mits deze onkosten duidelijk kunnen worden toegelicht.

De aanvraag van de koploper bevat de concrete activiteiten die worden verricht en de afspraken die alle ziekenhuizen daarover hebben gemaakt. Uit de aanvraag moet duidelijk zijn welke concrete activiteiten de koploper verricht voor de subsidie. Die concrete activiteiten moeten in elk geval vallen onder een van volgende twee categorieën:
– activiteiten ter bevordering van samenwerking tussen ziekenhuizen om de aanwezige kennis over de programma's patiënt en informatie en de patiënt en medicatie bij koplopers te delen met andere ziekenhuizen zodat niet elk ziekenhuis het wiel uit hoeft te vinden.
– activiteiten ter bevordering van een cultuuromslag zodat medische professionals de digitalisering van gegevens zoals bedoeld in de programma's patiënt en informatie en de patiënt en medicatie omarmen.

Voorwaarden aan vouchers

Een vouchergever beschikt over de periode 2017 tot en met 2019 over één hele voucher. Deze is

ondeelbaar en kan uitsluitend volledig worden ingezet ten behoeve van het indienen van een aanvraag voor kennisdeling. Het ziekenhuis dat in aanmerking komt voor een subsidie voor de programma's Patiënt en informatie en Patiënt en medicatie, kan een voucher ontvangen. Die voucher kan het ziekenhuis aanvragen door het betreffende vakje op het aanvraagformulier aan te vinken.

Waarde van de voucher

De inschatting is dat voor de periode 2017 tot en met 2019 € 3,5 miljoen beschikbaar is voor de koplopersubsidie. Een voucher correspondeert met een vastgestelde waarde van € 50.000.

Hoe wordt de subsidie berekend?

De subsidie aan de koploper wordt berekend aan de hand van de werkelijke kosten en bedraagt ten hoogste de waarde van de vouchers die de aanvraag steunen.

4. Subsidie programmabegeleiding NVZ

Waarvoor is de subsidie bedoeld?

De subsidie is bedoeld voor activiteiten die de NVZ uitvoert in het kader van de implementatie van het VIPP-programma. Het gaat daarbij concreet om de volgende activiteiten:
- Programmabegeleiding.
- Periodiek uitvoeren van een monitor onder de ziekenhuizen inclusief de begeleiding (helpdesk), analyse (voortgang, herkennen koplopers en achterblijvers en eventuele knelpunten) en publicatie.
- Afstemming en borging van de aansluiting van VIPP op andere landelijke programma's zoals Medmij, Medicatieproces en Registratie aan de bron. Onderdeel hiervan is ook het agenderen van te ontwikkelen nieuwe standaarden in het Informatieberaad en het informeren van de ziekenhuizen over (ver)nieuw(d)e standaarden die in dit kader worden afgesproken.
- Het faciliteren van kennisdeling door het bieden van een platform voor ziekenhuizen via Kennisnet.
- Het organiseren van themabijeenkomsten voor VIPP projectleiders, ICT managers en zorgprofessionals. Voorbeelden van thema's zijn: standaarden en de technische en inhoudelijke implementatie, integreren patiëntenportalen en e-health toepassingen in het zorgproces, optimaliseren van het gebruik van patiëntenportalen en ehealth toepassingen door patiënten, informatiebeveiliging en authenticatie. Ook zal in deze themabijeenkomsten specifiek aandacht worden besteed aan de toegankelijkheid van de digitale informatie voor mensen met een (visuele) beperking of lage gezondheidsvaardigheden.
- Het actief ophalen van goede voorbeelden bij de ziekenhuizen op basis van de monitor en deze delen via nieuwsbrieven, kennisdeling platform, publicatie op de website en op thema bijeenkomsten.
- Het opstellen van communicatiemateriaal dat ziekenhuizen kunnen gebruiken om de implementatie in de ziekenhuizen te bevorderen. Hierbij valt te denken aan video's, infografics, website, patiëntencampagne om patiënten voor te lichten en het gebruik te stimuleren.
- Leveranciersmanagement in de vorm van leveranciersbijeenkomsten en overleg met leveranciers om de voortgang te bewaken, eventuele knelpunten te signaleren en vraagbundeling te faciliteren. Onderdeel hiervan is ook het vertalen van de VIPP doelstellingen naar functionele eisen voor een EPD/EVS die ziekenhuizen kunnen gebruiken bij het maken van afspraken met hun EPD/EVS leverancier.

Wie kan een aanvraag indienen?

De subsidie is uitsluitend bedoeld voor de NVZ.

Hoe wordt de subsidie berekend?

De subsidie aan de NVZ wordt berekend aan de hand van de werkelijke kosten en bedraagt ten hoogste € 1, 5 miljoen per jaar voor de periode 2017 tot en met 2019.

5. Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS

De subsidies die op basis van dit beleidskader verstrekt worden zijn alle aan te merken als een projectsubsidie. Per ziekenhuis zijn meerdere projectsubsidies mogelijk. Op de subsidieverstrekking op basis van dit beleidskader zijn de bepalingen van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS van toepassing. Meer concreet zijn dat de bepalingen die betrekking hebben op projectsubsidies. Sommige bepalingen uit de Kaderregeling refereren specifiek aan bepaalde subsidiearrangementen.

De *subsidies aan de ziekenhuizen (§2) voor het VIPP-programma* zijn zogeheten p x q subsidies. Voor de verantwoording van de subsidie geldt dan het subsidiearrangement bedoeld in artikel 1.5, onder b, van de Kaderregeling. In aanvulling hierop vindt de toetsing, bedoeld in hoofdstuk 2, onderheel H, plaats.

Voor de *Koploperssubsidie (§3)* is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling van toepassing.

Voor *de subsidie aan de NVZ (§4)* is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van toepassing.

Voorts zij verwezen naar de algemene procedure voor het aanvragen, verlenen en vaststellen van de subsidie en naar de standaardverplichtingen. De Kaderregeling subsidies OCW, SZW, VWS is te raadplegen via www.wetten.nl.

6. Dienst van algemeen economisch belang

Ziekenhuizen zijn te beschouwen als ondernemingen. Indien zij financiële steun ontvangen van de overheid kan sprake zijn van staatssteun. Onderzocht is of dit het geval is. Een van de criteria waaraan getoetst dient te worden, is of de maatregel, in casu de subsidie aan ziekenhuizen (hoofdstuk 2) en de subsidie voor de activiteiten van koplopers (hoofdstuk 3), de mededinging (in potentie) vervalst en (dreigt) te leiden tot een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer in de EU. De conclusie kan getrokken worden dat de onderhavige subsidie valt aan te merken als staatssteun in de zin van artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU).

Gelet op het feit dat het digitaal, gestandaardiseerd en tijdig ontsluiten van informatie door ziekenhuizen naar alle patiënten als bedoeld in dit beleidskader niet toereikend door “de markt” uitgevoerd wordt, is het van belang deze activiteiten aan te wijzen als een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Zonder ondersteuning door de overheid zal er diversiteit ontstaan doordat ziekenhuizen ieder op hun eigen manier informatie zullen ontsluiten. Ook bestaat de kans dat ziekenhuizen niet tijdig informatie digitaal ontsluiten. Dit leidt tot onjuiste en onvolledige informatie-uitwisseling met en over patiënten en heeft ongewenste en nadelige effecten voor de kwaliteit van zorg. Via een subsidie aan ziekenhuizen waarbij harde voorwaarden gesteld worden aan de versnelling en de standaardisatie van de informatie aan patiënten, wordt afgedwongen dat ziekenhuizen deze informatie zo snel mogelijk en gestandaardiseerd beschikbaar stellen voor patiënten. Ook worden ziekenhuizen gestimuleerd om, in het belang van patiënten, reeds opgedane kennis met elkaar te delen via de koploperregeling. Het uitvoeren door ziekenhuizen van activiteiten als omschreven in de hoofdstukken 2 en 3 wordt daarom aangewezen als een dienst van algemeen economisch belang (DAEB) in de zin van artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie.
Voor de subsidieontvangers betekent dit dat zij bij de eerste subsidieverstrekking belast worden tot het verrichten van deze DAEB gedurende de looptijd van de subsidieregeling. Daarmee wordt, indien voorts ook voldaan wordt aan de eisen van het Vrijstellingsbesluit DAEB (2012/21/EU), bereikt dat geen sprake is van ongeoorloofde staatssteun.
Subsidieaanvragers sluiten een daartoe strekkende overeenkomst met de Staat.

7. Gevolgen voor de regeldruk

Het aanvragen van een subsidie door ziekenhuizen (hoofdstuk 2 en 3) heeft gevolgen voor de administratieve lasten en nalevingskosten voor ziekenhuizen.
Bij de subsidie aan ziekenhuizen kunnen ziekenhuizen een aanvraag indienen. Op die aanvraag kunnen zij aangeven welke modules zij gaan uitvoeren. Ziekenhuizen aan wie een subsidie is toegekend, moeten voor de vaststelling van deze subsidie verantwoorden dat het resultaat is gehaald via een onafhankelijke toetsing die door een IT-auditor is uitgevoerd. Kosten voor het invullen van het aanvraagformulier en vaststellingsformulier per ziekenhuis is (2 uur * € 54= € 108). De nalevingskosten voor de IT-toetsing van vier afzonderlijke modules bedragen naar verwachting maximaal € 10.000,-.

Bij de subsidie voor de koplopers kan een koploperziekenhuis dat over tenminste vier vouchers beschikt een subsidieaanvraag indienen. De kosten voor het invullen van de subsidieaanvraag inclusief de afstemming met de andere ziekenhuizen over de uit te voerenactiviteiten bedragen (4 uur * € 54= € 216). Voor de subsidievaststelling dient het koploperziekenhuis de activiteiten te verantwoorden inclusief een accountantsverklaring. De kosten bedragen (8 uur * € 54= € 432).

8. Slot

Dit beleidskader treedt in werking met ingang 1 januari 2017 en vervalt met ingang van 1 januari 2020.

BIJLAGE 1: UITGANGSPUNTEN MEDMIJ INZAKE GEGEVENSUITWISSELING ZIEKENHUIS EN PATIËNT

1. Het MedMij-programma ontwikkelt een stelsel van vrijwillige afspraken, met als doel de barrières voor aanbod en gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen bij de patiënt, zorgaanbieders en ict-aanbieders te slechten.
2. De NVZ is namens de ziekenhuizen betrokken bij de invulling van het afsprakenstelsel.
3. MedMij is open voor meerdere domeinen. Gezondheid betekent meer dan de afwezigheid van ziekte. Een persoonlijke gezondheidsomgeving moet dan ook meer omvatten dan alleen de link met de professionele zorg.
4. Het afsprakenstelsel beoogt zoveel mogelijk de patiënt en de zorgaanbieder in de gegevensuitwisseling te ontzorgen op techniek, proces en juridisch vlak. Indien er keuzes in de oplossing moeten worden gemaakt, dan prefereert de oplossing die het minst van de patiënt of de zorgaanbieder zelf vereist.
5. In het ontwerp staat interoperabiliteit tussen patiënten en zorgaanbieders op juridisch, organisationeel, semantisch en technisch niveau, centraal.
6. De opzet van het afsprakenstelsel kenmerkt zich door een netwerk van aangesloten partijen, niet door een platform waarop partijen aansluiten.
7. Alle persoonlijke gezondheidsomgevingen en apps van de patiënt, aangesloten op het MedMij-afsprakenstelsel, kunnen terecht bij alle aangesloten systemen van zorgaanbieders.
8. Gezien de grote diversiteit aan functionaliteit bij de patiënt en bij de zorgaanbieder waarvoor het MedMij-afsprakenstelsel diensten moet leveren, dienen schaalbaarheid en uitbreidbaarheid in het ontwerp van het stelsel verankerd te zijn.
9. Updates van het stelsel en van alle software in het stelsel zijn geborgd.
10. Het initiatief voor de gegevensuitwisseling met een persoonlijke gezondheidsomgeving ligt bij de patiënt.
11. De patiënt kan gegevens van de zorgaanbieder ophalen en deze kopie van de gegevens bewerken, evenals aan de zorgaanbieder leveren. Het is tevens mogelijk om een set gegevens niet tot de persoon herleidbaar voor secundair gebruik ter beschikking te stellen.
12. Het afsprakenstelsel maakt het mogelijk dat bestaande en nieuwe methoden en oplossingen voor gegevensuitwisseling worden toegepast voor MedMij. Deze flexibiliteit is nodig om zowel de complexiteit recht te doen als om de snelle ontwikkelingen op dit gebied te kunnen benutten.
13. Betrouwbaarheid, volledigheid en integriteit van de data is geborgd.
14. Context van data/ metadata zijn altijd verbonden aan de uitwisseling van gegevens. Gegevens moeten jaren later nog gebruikt kunnen worden, ook als regels plus procedures inmiddels zijn veranderd.
15. Het stelsel voldoet aan professionele normen voor informatiebeveiliging.

BIJLAGE 2: STANDAARDEN, PROGRAMMA'S EN HANDBOEK ZOALS OPGENOMEN IN HET BELEIDSKADER SUBSIDIËRING VERSNELLINGSPROGRAMMA INFORMATIE-UITWISSELING PATIËNT EN PROFESSIONAL

Programma's:

Programma: MedMij
Omschrijving: Het doel van het programma MedMij is patiënten op een veilige en begrijpelijke manier hun gezondheidsgegevens laten verzamelen, beheren en delen met zorgverleners.
*Link naar verdere informatie:*http://www.medmij.nl/, MedMij profielen zijn te vinden op: https://simplifier.net/Nictiz, MedMij maakt ook gebruik van HL7NL profielen: https://simplifier.net/NL-BasicComponents

Programma: eIDAS
Omschrijving: De eIDAS verordening van de EU gaat over elektronische identificatie en het opbouwen van een Europees vertrouwenstelsel waarbinnen elkaars identificatiemiddelen worden geaccepteerd om toegang te krijgen tot (grensoverschrijdende) overheidsdienstverlening. De uitvoering van de verordening heeft impact op verschillende Nederlandse wetten. Ook het huidige eID afsprakenstelsel in Nederland (daaronder vallen Idensys, eHerkenning, DigiD en iDIN) moet gaan voldoen aan eIDAS. Vooral als het gaat om de normen voor betrouwbaarheid van de authenticatiemiddelen zal dit merkbare gevolgen hebben.
Link naar verdere informatie: https://www.idensys.nl/meedoen-met-idensys/

Standaarden:

Standaard: Basis Gegevensset Zorg (BGZ) v1.0 of hoger
Omschrijving: De BGZ is een verzameling van patiëntgegevens die minimaal nodig is om patiënten continuïteit van zorg te kunnen bieden. De BGZ is onderdeel van het programma registratie aan de bron (https://www.registratieaandebron.nl/).
*Link naar verdere informatie:*https://www.nictiz.nl/standaarden/basisgegevensset-zorg

Standaard: Informatiestandaard Medicatieveiligheid v6.12.x of hoger
Omschrijving: De Informatiestandaard Medicatieveiligheid (v6.12.x of hoger) ondersteunt onder andere gestandaardiseerde overdracht van medicatiegegevens over voorschrijven en verstrekkingen.
*Link naar verdere informatie:*https://www.nictiz.nl/Paginas/Informatiestandaard-medicatieveiligheid.aspx

Standaard: Informatiestandaard Medicatieproces v9.02 of hoger
Omschrijving: Met de doorontwikkelde Informatiestandaard Medicatieproces (v9.02 of hoger) worden medicatiegegevens beter en overzichtelijk vastgelegd en uitgewisseld. Therapeutische en logistieke informatie is gescheiden waardoor wijzigingen in therapie inzichtelijk worden en informatie over toedienen en gebruik is toegevoegd.
*Link naar verdere informatie:*https://www.nictiz.nl/Paginas/Informatiestandaard-medicatieproces.aspx

Handboek
Het handboek dat wordt gebruikt bij de VIPP toetsingsprocedure is te vinden op: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/subsidies-vws onder de subsidieregeling Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional.